

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 84

SUR LE GANGLION DE TROISIER

(ÉTUDE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Janvier 1922

PAR

Léonce-Léonard NARD

Né à Vitrac (Corrèze), le 22 Juillet 1888

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur . . .	{	Président.
		CRUCHET, professeur		Juges.
		VENOT, agrégé		
		GUYOT, agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 84

SUR LE GANGLION DE TROISIER

(ÉTUDE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Janvier 1922



PAR

Léonce-Léonard NARD

Né à Vitrac (Corrèze), le 22 Juillet 1888

Examineurs de la Thèse

{	MM. CHAVANNAZ, professeur . . .	<i>Président.</i>
	CRUCHET, professeur	{ <i>Juges.</i>
	VENOT, agrégé	
	GUYOT, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.		
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitolog.	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale	L'ERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Cliniq. ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	
Pathologie et thérapeuti-		fantile orthopédie....	DENUCE.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..	BEGOUIN.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique..	SABRAZES.	maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
histologie	G. DUBREUILH.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad.cuta-	
Hygiène	AUCHE.	nées et syphilitiques..	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies	
Physique biolog. et Cli-		des voies urinaires...	POUSSON.
niq. d'électric. médic.	BERGONIE.	Clinique psychiatrique..	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-	
Botanique et matière		Laryngologie	MOURE.
médicale	BEILLE.	Toxicologie	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.		M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.	
Anatom. et embryologie.	N... N...			
Histologie	LACOSTE (chargé)	Médecine générale.....	{	DUPERIE.
Physiologie	DELAUNAY.			CREYX.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé)	Maladies mentales.....		MICHELEAU.
naturelles	N...	Médecine légale.....		PERRENS.
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.			LANDE.
Chimie biolog. et médic.	N...	Chirurgie générale.....		GUYOT.
Anatomie pathologique..	MURATET.			ROCHER.
	PETGES.			DUVERGEY.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Obstétrique		PAPIN.
	MAURIAC.			PERY.
	LEURET.	Ophtalmologie		FAUGERE.
				TEULIERES.
		Pharmacie		LABAT.
				N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM.	CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie....		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements		PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie		CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture		ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale		SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.		LABAT.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....		MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....		GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....		PETGES.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les		
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..		ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation pro-		
fessionnelle		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Il est d'usage de réserver les premières pages de sa thèse à des dédicaces; et en ouvrant une thèse quelconque, ces grandes pages blanches rayées par quelques grosses inscriptions noires, nous font penser à des dalles funéraires qui recouvrent le tombeau d'une jeunesse libre de graves soucis, enivrée d'indépendance.

Pour éviter cette impression triste, c'est en supprimant cette forme que nous dirons toute notre reconnaissance à nos Maîtres des hôpitaux de Bordeaux. Exprimée en typographie ordinaire, elle n'en est pas moins vive; elle est doublée de toute notre affection engendrée par leurs bontés et de l'admiration que nous avons pour leurs vies de labeur.

Si plus tard, dans notre existence chirurgicale, il nous arrive de mener à bien, une de ces délicates opérations qui sont un bienfait pour le patient, qui donnent une jouissance d'artiste et de philanthrope à l'opérateur, nous sommes certain que le souvenir des exemples de notre Maître, le Professeur Chavannaz, aura présidé à notre intervention.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR LE GANGLION DE TROISIER

(Etude diagnostique et thérapeutique chirurgicale)

INTRODUCTION

A la séance du 2 février 1921 de la Société de chirurgie de Paris, Monsieur le Professeur Chavannaz communiquait l'observation suivante :

X..., homme de cinquante ans, entre dans notre service de clinique le 30 septembre 1920, pour une tumeur du creux sus-claviculaire gauche. Celle-ci aurait débuté quatre ou cinq mois auparavant et aurait augmenté lentement.

On trouve à noter, dans les antécédents, un fait très important : c'est que le sujet a été opéré, en février 1918, pour une tumeur du rein gauche qui, étiquetée « cancer », a été traitée par la néphrectomie lombaire. Cette opération a entraîné la réforme du service militaire. Elle a été faite dans un hôpital militaire de l'arrière par un spécialiste dûment qualifié, et si l'examen microscopique de la tumeur n'a pas été pratiqué, c'est en raison des circonstances et aussi parce que le diagnostic de cancer n'a pas semblé douteux à notre confrère.

Au moment de son entrée dans notre service, le patient qui est de très vigoureuse constitution, est dans un état général excellent, avec la peau et les muqueuses bien colorées. La fosse lombaire est absolument libre et il n'y a aucun symptôme abdominal, pas de varicocèle, pas d'œdème des membres inférieurs. L'auscultation, la percussion, la radioscopie du thorax ne montrent aucune altération. Seule existe dans le creux sus-claviculaire gauche une tumeur un

peu aplatie, irrégulière, dure, du volume d'un bel œuf de poule, indépendante de la peau, peu mobile sur les plans profonds et indolore à la pression.

Le 4 octobre 1920, sous anesthésie chloroformique, incision en L. La branche verticale suit le sterno-cléïdo-mastoidien, la branche horizontale court parallèle à la clavicule. Section de la jugulaire externe. On arrive assez facilement, après section de l'omo-hyoïdien, à dégager la tumeur qui est accolée aux branches du plexus brachial et aussi au pneumogastrique. Suture cutanée avec drainage pendant 48 heures.

Les suites sont régulières, il y a seulement dans les premiers jours, un écoulement séreux assez abondant par l'orifice du drainage. La guérison se fait per primam.

L'opéré revu ces jours-ci est en parfait état.

L'examen histologique de la tumeur pratiqué par le Docteur Pierre Nadal, publié au complet dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, se résume ainsi : Tumeur épithéliale à stroma conjonctif important, à cellules épithéliales atypiques, tendant à réaliser par place la forme cubique à protoplasma clair et à s'organiser en revêtements de tubes. L'origine de la tumeur ne peut être précisée d'une façon absolue par le simple examen histologique. Toutefois, certains détails de structure, arborescences intratubulaires, aspect très particulier de l'épithélium « à cellules claires » en certains points, font accepter la très grande vraisemblance de l'origine surrénale.

Nous continuerons cette observation en disant que l'opéré, revu au mois de novembre 1921, c'est-à-dire 44 mois après la première opération, 13 mois après la deuxième opération, est toujours en parfaite santé, sans la moindre trace de récurrence décelée par l'examen le plus minutieux.

En lisant bien cette observation, nous comprenons que Monsieur le Professeur Chavannaz écrive dans sa communication à la Société de chirurgie :

« Peut-être s'est-on laissé parfois hypnotiser par cette idée que le ganglion de Troisier ne se rencontre que chez des sujets atteints de cancer déjà diffusés, sinon généralisés, et peut-être, de ce fait, a-t-on refusé à certains malades des opérations dont ils auraient pu bénéficier. »

Une question est donc posée : Quelle est la valeur du ganglion de Troisier comme signe de contre-indication opératoire ?

Ici, nous ouvrons une parenthèse pour remercier vivement le

Professeur Chavannaz de nous avoir confié pour notre thèse un sujet aussi intéressant et d'une aussi grande portée pratique; c'est pour nous un motif de reconnaissance de plus. Malheureusement, les réponses à une telle question demandent de longues et patientes recherches, secondées, il faut l'avouer, par les hasards de la clinique; certaines circonstances nous obligent à passer rapidement notre thèse, et pris par le temps, nous ne pouvons avoir la prétention de résoudre le problème d'une façon entièrement satisfaisante. Avec une observation princeps, avec ce qui a été fait dans le passé, avec les quelques faits que nous avons pu réunir, nous entrevoyons une solution au problème, nous la croyons juste, mais elle demandera encore l'épreuve de faits cliniques et expérimentaux.

La question peut être envisagée sous une autre forme : Nous avons cliniquement un néo de l'abdomen avec une adénopathie sus-claviculaire; cette adénopathie est-elle toujours cancéreuse et souvent, l'abstention n'est-elle pas une faute que l'on commet en interprétant « *un faux ganglion de Troisier* » comme un signe de contre-indication opératoire ?

Cette question était posée par le Docteur Charbonnel dans une communication faite à la séance du 28 janvier 1921 de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. C'était au sujet d'une observation d'affection stomacale avec sténose pylorique où l'intervention opératoire avait été rejetée par suite de l'existence du signe de Troisier; pourtant, dans la suite, l'évolution regressive des ganglions montra qu'ils étaient, au moins en partie, inflammatoires. Il est regrettable que cette observation n'ait pu être sanctionnée par un contrôle nécropsique.

Ce deuxième côté de la question qui intéresse toujours le chirurgien est moins neuf que le précédent et a déjà fait l'objet de nombreuses discussions, comme nous le verrons plus loin.

HISTORIQUE

L'historique du ganglion de Troisier comprend deux périodes nettement distinctes par leur importance.

La première période est celle qui précède les communications de Troisier. Son origine probable doit remonter à Virchow; il parle de l'adénopathie sus-claviculaire dans les affections cancéreuses de l'abdomen en 1848, mais sans y insister. (Zur diagnose der Krebse im Unterleib; *Méd. Reform.*, 1848, p. 248.)

En 1877, Mazand qui semble ignorer Virchow, écrit dans sa thèse sur les nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral :

« Ces tumeurs ganglionnaires du cou n'appartiennent pas exclusivement au cancer du médiastin. Il est des observations parfaitement précises qui nous les montrent se rattachant à l'envahissement cancéreux d'organes plus ou moins éloignés; tantôt le poumon, le péricarde ou la plèvre; tantôt l'estomac, le péritoine ou le foie. C'est là un fait moins généralement connu et aussi plus difficile à expliquer. Cependant il n'avait pas échappé à Grisolle qui voyant survenir au milieu de symptômes gastriques plus ou moins obscurs une induration des ganglions sus-claviculaires, n'hésitait point à porter le diagnostic de cancer stomacal. »

Malheureusement Mazand ne donne pas de précisions bibliographiques ou en donne d'inexactes. Comme Grisolle a vécu de 1811 à 1869 et Virchow de 1821 à 1902, il devient difficile de préciser qui des deux a signalé le premier l'existence de l'adénopathie sus-claviculaire dans les néoplasies abdominales. Il est probable que ces deux auteurs l'ont trouvé l'un et l'autre; ils ont semé autour d'eux l'idée qui a péniblement germé, avant d'éclore beaucoup plus tard, grâce aux nombreux travaux de Troisier. Du

reste, bien avant eux, en 1824, Andral publiait un cas de cancer utérin, avec cancer du canal thoracique et adénopathie sus-claviculaire gauche néoplasique.

Aussi en toute sincérité et sans chauvinisme, nous estimons que la dénomination « ganglion de Troisier » est la plus juste, plus juste que celle employée quelquefois par les Allemands, « ganglion de Virchow ». Si Troisier n'a pas été le père créateur de son ganglion, il en a été le père nourricier et lui a donné une place méritée dans la clinique par de substantielles et fréquentes communications.

Nous allons voir que, pendant cette première période, certains, cliniciens avertis, français ou allemands, signalent la valeur symptomatologique de l'adénopathie sus-claviculaire dans les néoplasies abdominales; d'autres, au hasard de la clinique, publient quelques observations :

En 1824, une observation d'Andral. Il s'agissait d'un cancer du canal thoracique consécutif à un cancer utérin et Andral signalait la présence d'un ganglion sus-claviculaire gauche avec phlébite du membre supérieur du même côté.

Suivant Hennoch, c'est Virchow qui, le premier, aurait indiqué comme signe de diagnostic certain des cancers abdominaux, l'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Hennoch lui-même insiste à plusieurs reprises sur la valeur de ce signe à propos du cancer du foie et de l'estomac. Il publie en 1854 une observation de ganglion sus-claviculaire gauche (Krankheiten des Magens). En 1863 il écrit : « Le diagnostic de cancer de l'estomac est plus certain quand on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule. » A l'appui de cette remarque, Hennoch cite l'observation d'un malade qui mourut d'un cancer de l'estomac vérifié à l'autopsie : « Immédiatement au-dessus de la clavicule gauche se trouvaient deux ganglions jugulaires, mobiles, ayant le volume d'œufs de pigeon et la consistance de la pierre. » (Klinik der Unterleibs. Krankheiten.)

Il existe une observation française de 1855, due à Lebert, publiée en 1861 dans le traité d'anatomie pathologique générale et spéciale où on note la généralisation d'un cancer abdominal aux ganglions sus-claviculaires sans préciser le côté.

Oppolzer (de Vienne), en 1865, dans une clinique publiée, s'exprime ainsi : « Un des signes les plus importants qui peut servir à différencier le cancer de l'ulcère de l'estomac, c'est l'hypertrophie

des ganglions lymphatiques et en particulier des aisselles et du cou. »

Cornil publie une observation de cancer du rein avec adénopathie sus-claviculaire gauche (1865-1866, Mémoires sur le cancer, in-Mém. Acad. Méd.).

En 1866, dans une leçon clinique faite à la Charité, Jaccoud insiste sur la valeur séméiologique des ganglions sus-claviculaires dans les cancers viscéraux.

En 1874, Friedreich, dans une clinique, insiste sur l'importance de ce signe.

En 1876, Leube écrit : « Un indice déjà plus certain de l'existence d'un cancer de l'estomac que la simple cachexie, c'est la tuméfaction des ganglions périphériques, avant tout, de ceux de la région sus-claviculaire. Toutefois, elle manque assez souvent et peut naturellement tenir à d'autres causes. »

En 1880, Merklen, Français, publie dans le *Bulletin de la Société anatomique* une observation de ganglions cervicaux envahis dans un cancer infiltré de l'estomac.

Le dogme de l'adénopathie sus-claviculaire, signe de haute valeur d'une néoplasie abdominale, signe absolu de contre-indication opératoire, n'est pas encore créé, tout au moins vulgarisé. Il sera créé pendant la période Troisier, d'abord intransigeant comme les vérités nouvelles, ensuite ramené à une note plus juste par suite de communications diverses. Et probablement, l'observation du Professeur Chavannaz jettera-t-elle un doute sur la valeur du signe comme contre indication opératoire, valeur bien peu suspectée jusqu'à maintenant.

Nous allons faire une revue rapide des diverses communications de cette deuxième période, nous réservant dans les autres chapitres d'extraire et de mettre en relief ce qui peut nous intéresser :

C'est à la séance du 8 octobre 1887 de la Société médicale des hôpitaux que Troisier commence la série de ses publications. Il présente trois observations d'adénopathie sus-claviculaire gauche; la première et la deuxième dans un cancer de l'estomac sans contrôle nécropsique, la troisième aussi dans un cancer de l'estomac, mais avec contrôle nécropsique et histologique. Après un court aperçu d'historique, Troisier termine sa communication de la façon suivante : « Les faits que je viens de vous communiquer me paraissent démontrer que le cancer de l'estomac, peut, exceptionnelle-

ment il est vrai, se propager aux ganglions du creux sus-claviculaire. Il semble même résulter de mes trois observations et des deux faits rapportés avec quelques détails, l'un par Hennoch, l'autre par Friedreich, que cette altération secondaire du ganglion atteint surtout le côté gauche du cou. C'est une preuve de généralisation du cancer, mais avec un point d'élection, et ce qui me surprend, c'est cette localisation si singulière dans le creux sus-claviculaire. »

L'attention est attirée sur l'adénopathie sus-claviculaire, et la même année, toujours à la Société médicale des hôpitaux, Millard publie une observation de cancer de l'estomac avec adénopathie sus-claviculaire droite et adénopathie axillaire bilatérale; Raymond un cancer du col utérin avec un ganglion sus-claviculaire gauche (présentation des pièces anatomiques).

Le 13 janvier 1888, à la Société médicale des hôpitaux, Troisier fait un rapport sur un cas de Petit : Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer de l'utérus, pas de contrôle nécropsique. C'est dans ce rapport que Troisier donne pour la première fois son explication pathogénique.

Le 14 décembre 1888, à la Société médicale des hôpitaux, Troisier publie un cas d'adénopathies sus-claviculaires, inguinales et axillaires dans un cas de cancer de l'ovaire. M. Bucquoy prend la parole pour relater une observation qui montre que l'adénopathie sus-claviculaire n'est pas toujours cancéreuse et peut induire en erreur.

Belin, en 1888, sous l'inspiration de Jaccoud, fait une thèse ayant pour titre : Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral. Dans cette thèse, Belin rapporte 30 observations de ganglions sus-claviculaires; 17 fois ils siègent du côté gauche, 6 fois du côté droit, 3 fois des deux côtés; dans 4 observations le côté n'est pas précisé. Ces 30 cas comprennent, 18 cancers de l'estomac, 3 cancers du foie, 1 cancer du pancréas, 1 cancer du duodénum, 1 cancer du rein, 1 cancer des capsules surrénales, 5 cancers de l'utérus. 22 fois il y eut autopsie. En outre il publie deux observations de tuberculose où l'adénopathie sus-claviculaire fit faire le diagnostic erroné de cancer abdominal.

En 1889, Troisier publie son premier mémoire dans les *Archives générales de médecine*. Il emprunte la plupart de ses observations à la thèse de Belin. Il donne l'explication de cette généralisation par le transport dans le canal thoracique des germes cancéreux.

En 1893, second mémoire de Troisier, toujours dans les *Archives générales de médecine*. Aux précédentes observations, il en ajoute trois autres, choisies dans les nouvelles parmi les plus intéressantes. Dans une, il y a dégénérescence du canal thoracique, ce qui semble justifier son hypothèse sur la pathogénie de l'adénopathie sus-claviculaire; une deuxième est le premier cas signalé à la suite

d'un cancer du testicule; quant à la troisième nous la reproduirons en entier plus loin.

La même année, Poncet, dans le *Lyon Médical*, publie deux autres observations de cancer du testicule avec adénopathie sus-claviculaire gauche.

En 1895, à la Société médicale des hôpitaux, Girode fait une communication intitulée : Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires.

La même année et à la même Société, M. Lalesque présente l'observation d'une malade atteinte cliniquement de cancer de l'estomac avec un ganglion de Troisier qui aurait disparu dans la suite !!! Dans cette observation il serait logique de penser à la syphilis, la tuberculose ou même une inflammation chronique.

En 1895 toujours, apparaît la thèse de Rousseau, travail d'ensemble sur le ganglion de Troisier.

En 1897, Hechlér fait à Berlin une thèse sur la valeur diagnostique du ganglion sus-claviculaire surtout gauche dans le cancer de l'estomac.

La même année, à la Société médicale des hôpitaux, Troisier publie 3 cas de cancer du canal thoracique avec adénopathie sus-claviculaire gauche, survenus avec, un cancer du rein, un cancer du corps de l'utérus, un cancer de l'estomac. C'est à la suite de cette communication que Letulle indique une excellente méthode pour disséquer un canal thoracique sur toute sa longueur. Troisier vulgarise cette communication dans la *Presse médicale*, le 21 mai 1898.

En 1898, à la Société médicale des hôpitaux, Mathieu et Nattan-Larrier publient un cas de cancer du canal thoracique avec ganglion de Troisier.

En 1899, à la Société médicale des hôpitaux, Soupault et Labbé, prononcent un véritable réquisitoire contre la valeur diagnostique du signe de Troisier.

En 1900, Torchetti, fait un article sur les ganglions sus-claviculaires dans le diagnostic des carcinomes abdominaux. (Deutsch. Archiv. f. Klin. Médec. V. 67, p. 574.)

PATHOGÉNIE

ET

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne pouvons guère parler de la pathogénie du ganglion de Troisier, sans mêler à notre chapitre des notions d'anatomie pathologique. Aussi malgré l'opposition apparente, nous nous permettons de fusionner ces deux chapitres.

Dans sa première communication, Troisier se déclare très surpris de cette localisation si singulière dans le creux sus-claviculaire. En réalité, il est de nombreux cas où cela semble très naturel : ce sont les cas où la propagation se fait de ganglions à ganglions et où, à l'autopsie, on trouve une véritable chaîne néoplasique médiastino-cervicale; ce sont les cas où il y a des métastases thoraciques, où tout se passe comme si nous avions à faire à un cancer du poumon, de l'œsophage, du médiastin. En présence d'une telle éventualité, nous ne serons pas étonnés de trouver parfois un ganglion de Troisier à droite.

Mais il est des autopsies faites avec minutie qui n'ont pas permis de déceler la moindre trace de généralisation néoplasique dans toute la cavité thoracique qui puisse expliquer la prise d'un ganglion sus-claviculaire. Dans ces cas, l'attention est tout naturellement portée sur le rôle possible du canal thoracique.

C'est Raymond le premier, en 1886, qui invoque le rôle du canal thoracique. Dans la suite Troisier reprend cette hypothèse, la complète et la modifie.

Comme le fait Cunéo, dans sa thèse 1900, nous envisagerons deux éventualités : 1° Il y a cancer du canal thoracique; 2° le canal thoracique est indemne de toute formation néoplasique.

« Lorsque les parois du canal thoracique sont envahies par le cancer, la pathogénie semble simple. Les éléments néoplasiques progressent, en proliférant dans le canal thoracique et les lymphatiques afférents des ganglions sus-claviculaires, comme dans tout espace préformé. » (Cunéo.)

Nous ajouterons que, souvent au début, le canal thoracique est pris au niveau de sa crosse, comme si les éléments néoplasiques s'accrochaient plus facilement à la paroi pendant ce changement de direction du canal vecteur. Une de nos autopsies montre bien cette localisation primitive à la crosse. Plus tard, si on a un cancer total du canal thoracique, c'est à la crosse que se trouve le maximum de la lésion et on peut voir, comme dans une autre de nos autopsies, ganglions, crosse, veine sous-clavière, constituant une masse unique cancéreuse. Il semble que dans ces cas, on puisse invoquer une propagation directe, de proche en proche, par expansion, à point de départ crosse du canal thoracique.

Lorsque le canal thoracique est indemne, ce qui serait d'après l'ensemble des observations publiées, le cas le plus fréquent, Troisième, pour expliquer son ganglion, tombe dans le pur domaine de l'hypothèse et nous savons que dans ce domaine-là, en médecine, on tombe rarement juste du premier coup. Laissons-lui la parole :

« Nous possédons plusieurs faits où la nécropsie a démontré que l'adénopathie sus-claviculaire était isolée et ne paraissait avoir aucune relation anatomique avec le foyer d'origine. Le fait est donc bien établi. Ne peut-on pas en trouver la clef dans les rapports anatomiques qui unissent les ganglions cervicaux inférieurs avec la terminaison du canal thoracique ? Ce conduit vient s'ouvrir dans le confluent formé par la veine jugulaire interne et la sous-clavière gauche, après avoir décrit une sorte de crosse à convexité supérieure; c'est au niveau de cette anse que s'abouchent les troncs lymphatiques venant des ganglions sus-claviculaires, troncs extrêmement courts, mettant ces ganglions en rapport presque immédiat avec la cavité du canal.

» Si des cellules cancéreuses se trouvent déversées dans la cavité

du canal thoracique, pourront-elles pénétrer dans les ganglions sus-claviculaires en passant par les troncs lymphatiques efférents dont je viens de parler ? Pour cela elles devraient remonter le courant de la lymphe et franchir les valvules. Telle est la principale objection à cette hypothèse.

» Mais un certain nombre de conditions nous permettent de supposer qu'il existe au niveau de la crosse du canal thoracique, sinon un reflux, du moins un arrêt de la lymphe. Ce liquide se déverse dans un point du système veineux sujet à de continuelles variations de pression. Chaque expiration, chaque effort détermine un reflux du sang dans les veines caves et dans les veines innomées et peut-être même un reflux de la lymphe dans le canal thoracique qui, d'après M. Sappey n'est pas toujours pourvu de valvules à son embouchure. J'ajoute que, d'après Bonamy, les vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou seraient dépourvus de valvules.

» Après tout, la présence de valvules constitue-t-elle un obstacle insurmontable pour la propagation du cancer dans les lymphatiques ? N'est-il pas commun d'observer l'envahissement des ganglions dans un sens contraire au cours de la lymphe ? Je citerai seulement, à titre d'exemple, la propagation d'un cancer de l'estomac aux ganglions lombaires et même aux ganglions iliaques. Au reste, ce transport des cellules cancéreuses dans les lymphatiques est-il absolument passif ? Ces cellules ne posséderaient-elles pas de mouvements propres, amiboïdes, semblables à ceux dont sont doués les leucocytes ? C'est ce qu'admet Valdeyer. Le fait incontestable, c'est la réalité et même la fréquence de cette infection par voie rétrograde.

» C'est probablement de la sorte et par l'intermédiaire du canal thoracique que se fait la propagation d'un cancer abdominal aux ganglions sus-claviculaires gauches. En dehors de cette hypothèse, que je présente bien entendu sous toutes réserves, je ne vois aucune explication basée sur les données de l'anatomie et de la physiologie. »

Justement l'anatomie pure a proposé plus tard une autre explication de l'envahissement du ganglion de Troisier. Nous savons, d'après Poirier et Charpy, édition 1909, que les ganglions sus-claviculaires se divisent en deux groupes : un groupe supéro-externe et un groupe inféro-interne. Ce deuxième groupe comprendrait 3 à 5 ganglions qui recevraient des afférents :

1° De la partie postérieure du cuir chevelu.

2° Des téguments de la région pectorale et de la région mammaire.

3° Des lymphatiques cutanés des membres thoraciques qui

passent au-dessus de la clavicule et se jettent directement dans les sus-claviculaires.

4° Des branches efférentes des ganglions axillaires.

5° De la portion cervicale du larynx, de la trachée et de l'œsophage.

6° Des ganglions trachéaux.

7° Un ou plusieurs efférents de la chaîne mammaire interne.

Ces derniers nous intéressent particulièrement; ils se jettent toujours dans le groupe interne que Severeanu désigne sous le nom de groupe de Troisier et ils se rencontrent beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite. Ils ont été découverts par Küttner en 1903 (Beitrage z. Klin. Chir. Bd 40, p. 186). Par cette voie mammaire interne, les ganglions sus-claviculaires seraient l'aboutissant de lymphatiques venant du diaphragme, du foie et de la portion supérieure du grand droit de l'abdomen, en relations étroites eux-mêmes avec les lymphatiques de l'abdomen. Voici le trajet des troncs principaux tel que le décrit Küttner :

« Du ligament falciforme partent 3 troncs volumineux qui perforent le diaphragme. Arrivés à la face convexe, ils serpentent jusqu'à l'attache du diaphragme avec le sternum, débouchent dans un ganglion médian. De lui sort un seul tronc vers la gauche qui croise le long de l'insertion antérieure du diaphragme les vaisseaux mammaires internes, se coude à angle aigu vers le haut et longe les vaisseaux mammaires sur leur face externe. Au niveau du 6^e cartilage, il existe une branche récurrente qui va déboucher à la base du péricarde dans un ganglion phrénique. Quant au tronc principal il continue à longer les vaisseaux mammaires internes jusqu'au troisième cartilage costal où il les croise pour leur devenir internes jusqu'à la première côte où il croise encore les vaisseaux mammaires, passe par deux glandules et s'enfonçant derrière la veine sous-clavière, va se jeter dans les ganglions sus-claviculaires gauches. »

Grâce à ces données anatomiques, on peut dire que l'envahissement par la chaîne mammaire interne qui reçoit de nombreux afférents d'origine abdominale et dont les efférents peuvent aboutir aux ganglions sus-claviculaires, explique beaucoup plus simplement que les précédentes hypothèses le signe de Troisier.

Pour tâcher de vérifier l'exactitude de cette théorie anatomi-

que, il venait naturellement à l'esprit de rechercher dans les autopsies de cancer abdominal avec ganglion de Troisier ou même sans ganglion, une trace de généralisation néoplasique sur la chaîne mammaire interne. Dès que nous avons eu le sujet de notre thèse, coup sur coup nous avons eu trois autopsies de cancer de l'estomac avec ganglion de Troisier. A ce moment, n'étant pas au courant des travaux de Küttner, nous n'avons pas recherché avec une attention particulière l'état de la chaîne mammaire; pourtant, comme nous avons examiné avec soin l'ensemble du thorax, il est probable qu'un ganglion mammaire pris n'aurait pas échappé à notre examen. Dans la suite, nous n'avons plus eu l'occasion de faire d'autopsie de cancer abdominal avec ganglion sus-claviculaire; mais dans plusieurs autopsies de cancer de l'estomac sans Troisier, nous n'avons jamais trouvé de ganglions mammaires pris. Une seule fois, chez un homme atteint de cancer de l'estomac, malade du service du Professeur Carles, l'autopsie faite en notre présence par notre ami Larrieu, interne du service, fit trouver un ganglion mammaire hypertrophié et dur; mais l'examen histologique le démontra tuberculeux, ce qui coïncidait avec une lésion pleurale de même nature.

Nous allons maintenant donner les détails de trois de nos autopsies. Nous avons eu la bonne fortune de les avoir toutes les trois différentes et elles schématisent bien des cas types. Elles nous permettront de préciser certains points et d'expliquer quelques particularités. Nous résumerons la partie clinique qui n'offre rien de particulier.

OBSERVATION I

L..., 63 ans, malade du service du Professeur Villar, entré le 24 février 1921 et décédé le 19 mars 1921.

Cliniquement, néoplasme gastrique, volumineux ganglion de Troisier comme un œuf de poule, dur, mamelonné, non adhérent à la peau, fixé aux plans profonds.

Autopsie : Cancer en masse de l'estomac, généralisé au foie, au pancréas, au péritoine. Les ganglions lombaires sont pris en totalité, on dissèque quelques canaux afférents gros et durs, néoplasiques, qui vont se jeter dans la citerne de Pecquet. Celle-ci est du

volume d'une grosse datte et se continue par un canal en gros tuyau de pipe, un peu irrégulier dans son calibre, le tout d'une dureté ligneuse. Au niveau de la crosse, le canal se renfle et atteint un bon centimètre de diamètre. La veine sous-clavière, sur quelques centimètres, est complètement obstruée par la prolifération néoplasique; elle fait partie d'une masse néoplasique qui englobe la partie terminale du canal thoracique, des ganglions avec les tissus environnants; en effet, en la coupant, on constate qu'il y a plusieurs ganglions néoplasiques soudés entre eux. A la coupe, la lumière du canal thoracique n'existe plus, elle est remplacée par un caséum cancéreux. Il existe des ganglions axillaires néoplasiques, plusieurs ganglions médiastinaux; on ne trouve pas de métastase pulmonaire.

Pour plus de détails, voir la communication du Professeur Villar faite à la séance du 1^{er} avril 1921 de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Je le remercie de m'avoir permis de faire l'autopsie de son malade et aussi de m'avoir permis d'utiliser son observation pour ma thèse.

Nous remarquerons que ce malade ne présentait pas et n'avait pas présenté d'œdème du membre supérieur gauche malgré l'obstruction complète de sa veine sous-clavière. Cette obstruction de la sous-clavière explique peut-être une particularité clinique d'une observation présentée par Girode à la Société médicale des hôpitaux en 1895 :

M. C..., 60 ans, cancer de l'estomac avec tumeur épigastrique et vomissements noirs; derrière la clavicule gauche se trouve un gros ganglion indolore. Quelques fourmillements dans le membre supérieur gauche qui précèdent de quelques jours un gonflement brusque, massif de tout le membre. Ce gonflement reste stationnaire pendant 16 jours pour disparaître ensuite progressivement.

Il est probable qu'une obstruction progressive de la sous-clavière n'entraîne pas d'œdème; mais il se peut qu'au début, le bourgeon cancéreux émergeant du canal thoracique dans la lumière de la veine, ainsi que le montrent certaines observations, puisse obturer brusquement la sous-clavière. D'où, œdème massif jusqu'à établissement d'une circulation collatérale.

Nous croyons que cette observation est la première publiée signalant une obturation complète de la veine sous-clavière.

En plus, cette observation confirme le fait déjà connu, que

l'oblitération du canal thoracique n'entraîne pas forcément une ascite chyleuse comme certains auteurs trouvaient logique de le penser.

OBSERVATION II

Madame X..., 53 ans, entrée à l'hôpital Saint-André, service du Professeur Chavannaz, le 4 mars 1921, décédée le 8 mars 1921.

Souffre de troubles gastriques depuis plusieurs mois. Vomissements alimentaires de sténose. Grosse masse indurée située dans la région pylorique. Amaigrissement considérable. A la partie toute inférieure de la région sterno-cleïdo-mastoïdienne gauche, on sent dans la zone profonde une petite tumeur, mal délimitée, indolore et fixée. Il survient une broncho-pneumonie qui amène rapidement la mort.

Autopsie : On trouve un cancer du pylore qui entraîne une sténose très serrée. Le péritoine et l'épiploon sont envahis, les ganglions lombaires sont pris. Il n'existe pas de noyaux cancéreux dans le foie. Aucune métastase pulmonaire, lésions classiques de broncho-pneumonie double. Quelques rares ganglions médiastinaux néoplasiques.

La citerne de Pecquet et le canal sont dans l'ensemble d'aspect normal; mais la partie terminale de ce dernier, immédiatement après le sommet de sa crosse, devient indurée, se perd dans une masse dure, du volume d'une grosse noix, adhérente aux vaisseaux sans obstruer leur lumière.

L'examen histologique a été fait dans le laboratoire de clinique du Professeur Chavannaz :

1° Estomac : Cancer avancé, épithéliome diffus. Les tubes glandulaires ont complètement disparu, il n'est plus possible de reconnaître l'organe. Par endroits on trouve des foyers nécrotiques sans organisation aucune; en d'autres endroits des masses irrégulières de cellules épithéliales, cellules claires, prismatiques, à noyaux parfois bourgeonnants, à protoplasma granuleux, le tout inclus dans du tissu conjonctif lâche.

2° Ganglions : Les ganglions péristomacaux et sus-claviculaires présentent la même structure. On se trouve en présence d'un tissu lymphoïde complètement détruit par l'envahissement cancéreux, boyaux épithéliaux d'une ordination anarchique. A peine peut-on voir çà et là une ébauche d'acini. Les cellules épithéliales présentent les modifications cytologiques des tumeurs malignes, noyaux bourgeonnants, souvent multiples, avec des divisions nombreuses souvent atypiques.

3° Canal thoracique : Les coupes faites à travers le canal thoracique montrent une constitution normale, nulle part on ne trouve la moindre trace de prolifération épithéliale. Par contre, au niveau

de la crosse jusqu'à son embouchure, une masse néoplasique obs-true la lumière du canal qu'elle dévie sur le côté. Cette masse présente un centre nécrotique à peine coloré, entouré d'une zone de cellules épithéliales enchevêtrées, à noyaux fortement colorés. L'envahissement débute dans l'endothélium du canal et se continue dans l'endothélium de la veine.

Dans cette observation, nous voyons la localisation sur le canal thoracique se faire au niveau de la crosse et, de là, s'étendre aux ganglions voisins.

Comme dans la précédente observation nous n'avons pas, cliniquement, un ganglion de Troisier mobile sur les plans profonds, ce que nous explique l'anatomie pathologique de ces deux cas. Peut-être, pourrions-nous conclure que la fixité d'un ganglion de Troisier sur les plans profonds est un signe de cancer du canal thoracique !

OBSERVATION III

X..., 58 ans. Entré le 24 mars 1921, décédé le 28 mars 1921.

A toujours souffert de l'estomac. Depuis quelques mois a perdu l'appétit, pas de vomissements, violentes douleurs épigastriques. Elle présente dans la région ombilicale et épigastrique une volumineuse tumeur allongée transversalement et située profondément. Etat général assez médiocre mais qui ne fait pas prévoir la mort qui survient brusquement. Dans le creux sus-claviculaire gauche, on trouve un petit ganglion gros comme une noisette, dur, indolore, très mobile.

Autopsie : On trouve un cancer à point de départ stomacal, développé surtout sur la face postérieure de celui-ci, ayant envahi les organes environnants, particulièrement le pancréas. Les ganglions lombaires sont dégénérés. Quelques noyaux cancéreux dans le foie. Dans le médiastin il existe en petit nombre quelques ganglions néoplasiques. Pas de métastase pulmonaire. Nous ne réussissons pas très bien la dissection du canal thoracique; nous ne l'obtenons pas, comme pour les précédents, tout d'une seule pièce; néanmoins après beaucoup de peine nous l'avons, fragmenté; macroscopiquement il est tout à fait normal.

L'examen histologique est fait dans le laboratoire de clinique du Professeur Chavannaz.

1° Estomac : Cancer de l'estomac, épithélioma tubulé. On reconnaît nettement les glandes gastriques transformées en tubes épithéliaux, à cellules cylindriques, à noyaux volumineux. Les tubes

cancéreux ont envahi toutes les couches de l'organe, la zone d'envahissement est très nette, tous les espaces entre les fibres conjonctives sont bourrés de cellules épithéliales à gros noyaux fortement colorés.

2° Ganglions : Les ganglions du médiastin sont complètement détruits par l'envahissement cancéreux, on ne reconnaît plus l'organisation ganglionnaire normale, mais on se trouve en présence d'amas serrés de cellules épithéliales à gros noyaux.

Le ganglion sus-claviculaire présente absolument le même aspect, pourtant par place il a conservé son organisation folliculaire.

3° Canal thoracique : Les coupes faites à travers le canal thoracique ne montrent aucune altération, en particulier aucune altération cancéreuse.

Remarquons que dans ce cas nous avons un ganglion sus-claviculaire mobile et un canal thoracique sain.

En résumé, ces trois observations nous montrent que la propagation au ganglion de Troisier peut : 1° se faire par cancer du canal thoracique; 2° que la localisation sur ce canal débute, au moins en certains cas, sur la crosse; 3° qu'il est des cas où le canal thoracique est indemne de toute lésion.

Nous aurions voulu faire mieux pour tâcher d'éclairer la pathogénie du ganglion sus-claviculaire. Dans la pensée que nous pourrions contrôler les hypothèses de Troisier, nous avons essayé d'expérimenter en suivant les conseils du Professeur Chavannaz. Notre but était le suivant : Injecter, par une solution colorante, un canal thoracique dont on a lié l'embouchure au niveau de la veine sous-clavière; voir si une certaine pression pouvait faire franchir les valvules appartenant aux canaux efférents des ganglions sus-claviculaires. Nous avons essayé avec du bleu de Gérota; mais nous avons constaté qu'il diffusait hors du canal thoracique, injectant non seulement celui-ci, mais les tissus environnants. Ces expériences auraient besoin d'être reprises avec d'autres produits; mais elles présentent de grandes difficultés techniques et probablement il faudrait des cadavres très frais où les parois minces du canal thoracique aient conservé une consistance se rapprochant de celle du vivant. Au titre de renseignement utile, nous indiquons le procédé du Professeur Letulle pour

disséquer un canal thoracique en entier, procédé paru à la Société médicale des hôpitaux, séance du 26 février 1897.

Nous voyons que, malgré tout, la pathogénie du ganglion de Troisier reste obscure dans certains cas. Si nous pensons qu'il existe des métastases où aucune voie anatomique directe ne peut être invoquée, comme un ganglion sus-épitrochléen dans un cancer de l'estomac (observation de Troisier avec examen histologique), nous pourrions admettre que la voie anatomique de Küttner ne suffit pas à expliquer la métastase du Troisier. Il nous faudrait connaître la véritable cause du cancer, le mécanisme intime de la propagation directe et rétrograde, si cette dernière peut se faire sans laisser de traces sur les lymphatiques. En attendant, nous devons nous contenter de raisonner sur les faits cliniques sans tenir compte des diverses théories pathogéniques.



DE LA VALEUR CLINIQUE DU GANGLION DE TROISIER

I. — En tant que valeur diagnostique.

A une communication de Troisier (Société médicale des hôpitaux, 14 décembre 1888), Bucquoy prenant la parole, relate l'observation d'une de ses malades atteinte de cirrhose où la présence d'un ganglion de Troisier avait fait faire le diagnostic de cancer de l'estomac. Il conclut en disant : « Cette observation établit qu'il peut exister une adénopathie sus-claviculaire, indépendamment de tout cancer abdominal, et que ce signe pourrait parfois entraîner à commettre une erreur de diagnostic. »

Belin, dans sa thèse 1888, publie deux observations intéressantes à ce point de vue :

OBSERVATION I

Chez une femme qui cliniquement présentait une grosse masse hypogastrique, sans ascite, avec, dans le creux sus-claviculaire gauche, 5 ou 6 ganglions du volume d'une petite noix, ganglions indolores semblant rouler comme de petites boules sous les téguments; dans le creux sus-claviculaire droit, manifestement même lésion, mais moins avancée. Jaccoud, dans une clinique porta le diagnostic de péritonite cancéreuse avec généralisation aux ganglions cervicaux. L'autopsie suivie d'un examen histologique fait par Cornil montra qu'on se trouvait en présence d'une péritonite tuberculeuse avec ganglions tuberculeux.

OBSERVATION II

Malade de 50 ans présentant de la diarrhée, de l'ascite et au plus quelques rares signes stéthoscopiques au sommet gauche; dans la région sus-claviculaire gauche et visible à la simple inspection, existe une masse ganglionnaire, saillante, indurée, indolore et qui, au toucher, paraît formée de deux tumeurs distinctes, chacune du volume d'un œuf de pigeon. Le Professeur Jaccoud, dans une clinique faite sur ce malade le 22 janvier 1887, disait que deux maladies seules : le cancer et la tuberculose, pouvaient expliquer ces symptômes. Tout en faisant des réserves pour la tuberculose, il crut, à cause des ganglions sus-claviculaires, devoir porter le diagnostic de cancer. Or, l'autopsie avec examen microscopique montra tuberculose.

Belin conclut : « L'engorgement des ganglions sus-claviculaires est donc un signe trompeur au point de vue du diagnostic cancer. Il faut toujours penser à la tuberculose et ne l'éliminer qu'à bon escient. »

Troisier, en 1893, dans son second mémoire, insiste sur la valeur de son signe : « C'est un signe de la plus grande valeur que l'on devra rechercher systématiquement dans les affections de l'abdomen, comme on recherche les ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein. »

Girode, à la séance du 25 janvier 1895 de la Société médicale des hôpitaux, signale une cirrhose à marche rapide où une adénopathie sus-claviculaire gauche fit faire le faux diagnostic de cancer abdominal. On fit une biopsie de cette adénopathie qui montra des lésions tuberculeuses. Dans la suite, l'autopsie prouva qu'il s'agissait bien d'une cirrhose. Girode conclut : « La notion de cas si exceptionnels ne saurait, d'ailleurs, altérer la valeur du ganglion de Troisier, dont la signification clinique ne peut que gagner en précision par le rapprochement avec des faits analogues à celui qui vient d'être mentionné. »

A la même séance, M. Mathieu signale une erreur de diagnostic commise, par suite de l'existence d'un ganglion sus-claviculaire gauche, dans un cas d'ulcère rond de l'estomac :

Une femme d'une quarantaine d'années avait été soignée d'abord pour un ulcère rond. Après une amélioration passagère de quel-

ques mois, elle avait été reprise de douleurs et de vomissements; plusieurs fois survinrent des vomissements noirs, semblables à de la suie délayée. La cachexie progressive, les vomissements noirs, l'existence d'une résistance profonde au creux épigastrique, la présence d'un petit ganglion, dur, indolore, roulant sous le doigt, en arrière de la clavicule gauche, amenèrent à penser à la transformation d'un simple ulcère en épithélioma; le ganglion sus-claviculaire était surtout responsable de ce diagnostic.

A l'autopsie, de l'avis de M. Cornil, il s'agissait d'un simple ulcère; le ganglion qui ne fut pas examiné, étant sans doute d'origine inflammatoire.

Rousseau, dans sa thèse 1895, sur l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux, écrit :

« L'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse se reconnaîtra aux caractères suivants : consistance ligneuse, mobilité, indolence, tumeur unique, mais formée par l'agglomération de plusieurs ganglions soudés entre eux..... L'adénopathie sus-claviculaire mérite à juste titre une bonne place dans la séméiologie des cancers abdominaux, surtout gastriques, et nous affirmons, sans crainte avec Troisier, que lorsqu'on la trouve avec tous les caractères précédents, c'est un signe pathognomonique d'une affection cancéreuse interne. »

Nous ne pouvons pas admettre ces caractères cliniques comme pathognomoniques. L'adénopathie cancéreuse est d'une consistance ligneuse, dit Rousseau, c'est vrai, mais elle n'est pas la seule; mobile ! pas toujours, nous avons vu le contraire dans deux observations publiées plus haut; masse unique ! c'était vrai dans nos autopsies et dans tous les cas cliniques que nous avons connus, mais l'auteur publie lui-même des observations où il y avait plusieurs ganglions dégénérés, comme le confirma l'examen histologique. De plus, tous les caractères décrits par Rousseau se retrouvent dans certaines observations où pourtant il s'agissait de tuberculose.

L'histoire clinique d'une malade du Professeur Chavannaz semble bien infirmer les assertions de Rousseau :

Madame X..., 53 ans, entre à l'hôpital le 9 juin 1921. Passé gastrique datant de dix ans. Depuis le mois d'avril précédent, vomissements alimentaires de sténose avec sensation que les aliments

ne passent pas. Amaigrissement extrême, femme grande pesant 33 kilos. Dans la région épigastrique se trouve une grosse masse dure, indolore, qui semble se continuer avec le foie sans ligne de démarcation nette. Pas de ganglion de Troisier.

Le premier diagnostic qui vient à l'esprit, c'est sténose pylorique avec cancer de l'estomac. Mais une radioscopie montre que la malade présente une sténose presque absolue du cardia avec un méga-œsophage en S de très grandes proportions; l'œsophagoscopie montre qu'on se trouve en présence d'un spasme du cardia que l'on peut vaincre par la pression de l'instrument.

La malade est envoyée dans le service du Professeur Moure pour y subir des dilatations de son cardia. Au mois de septembre elle revient dans le service, elle avale convenablement, ne vomit plus; la tumeur épigastrique n'existe plus, mais en revanche il existe un ganglion de Troisier, dur, mobile, indolore, unique. Il n'y a aucun trouble pulmonaire. Ce ganglion augmente de volume peu à peu, il semble devenir un peu adhérent aux plans profonds, puis il se met à diminuer. Au mois de novembre, la malade pèse 46 kil. 400, elle va très bien, a un excellent appétit, digère tous les aliments; son ganglion est très petit, situé derrière la clavicule gauche, à la partie interne. Elle part chez elle enchantée.

Peut-on admettre dans ce cas l'existence d'un cancer de l'estomac ? Ce serait bien étonnant chez une malade qui du mois de juin au mois de novembre augmente de 13 kilos 400 gr. La disparition de la tumeur épigastrique fait plutôt penser à de la périgastrite consécutive à un ulcère. Quant au ganglion sus-claviculaire, son évolution régressive fait penser à une origine inflammatoire. Pourtant il présentait tous les caractères cliniques que Rousseau veut pathognomoniques.

C'est en 1899, à la Société médicale des hôpitaux, que la valeur diagnostique du ganglion de Troisier est le plus fortement attaquée par une communication de Soupault et Labbé. Ils font tout d'abord remarquer que ces adénopathies sont extrêmement rares. En la recherchant systématiquement, ils ne l'ont trouvé qu'une moyenne de une fois sur 20 malades manifestement atteints de cancer abdominal. De plus, elle est rarement cancéreuse. Sur 6 cas, une seule fois l'adénite était de nature cancéreuse. Le plus souvent elle est le résultat d'infections diverses. Aussi, sa présence seule ne peut-elle entraîner le diagnostic de cancer. Ils pensent que la valeur pronostique et diagnostique du ganglion de

Troisier se trouverait de ce fait considérablement atténuée et peut-être qu'il serait bon, pour être certain de l'infection, d'extirper le ganglion et de l'examiner microscopiquement.

Nous nous associons complètement à l'idée d'une biopsie dans les cas douteux, mais nous ne croyons pas cette adénopathie sus-claviculaire néoplasique si rare que cela si on la recherche systématiquement, dans les cancers gastriques en particulier.

A cette communication de Soupault en Labbé, Troisier prit la parole pour répondre : « Je n'ai jamais considéré le ganglion sus-claviculaire comme un signe pathognomonique. Je suis loin de nier la fréquence des autres adénopathies cervicales; mais chaque adénopathie présente des caractères propres, qui permettent presque toujours de les distinguer. »

Nous avons vu à propos de la thèse de Rousseau que les caractères propres établis jusqu'ici sont loin de permettre toujours de différencier entre elles les différentes adénopathies.

De l'ensemble de ces communications, il se dégage que l'adénopathie sus-claviculaire est loin d'être un signe absolu et qu'elle peut souvent induire en erreur qui a trop confiance en elle.

II. — En tant que signe de contre-indication opératoire.

Nous venons de voir que le ganglion sus-claviculaire peut n'être pas néoplasique et par conséquent ne doit pas empêcher une intervention logique de par ailleurs. Nous avons vu aussi que la biopsie seule pouvait nous renseigner sur sa véritable nature. Mais quand il est néoplasique, faut-il opérer ou s'abstenir ?

Belin, dans sa thèse, déclare : « S'il s'agit d'un cancer accessible aux opérations chirurgicales et si les ganglions éloignés sont malades, toute opération radicale devra être proscrite, car la généralisation cancéreuse qui s'effectue déjà, ne pourrait que s'accélérer par une intervention sanglante. »

Dans son premier mémoire, Troisier est très catégorique : « L'adénopathie sus-claviculaire est un signe du plus fâcheux pronostic. Elle est un indice de généralisation du cancer, et elle

contre-indique absolument toute opération chirurgicale, même lorsque le début de l'affection paraît relativement récent. »

Dans l'ensemble de toutes les communications revient comme un leit-motiv cette affirmation : « Il ne faut pas opérer. » Pourtant de nombreuses observations sont assez troublantes et, à leur sujet, Troisier lui-même, dans son second mémoire, apporte une restriction et se demande s'il n'a pas été trop absolu. Reproduisons d'abord l'observation qui a fait naître des doutes dans son esprit :

Z... Anna, 69 ans, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, le 22 mai 1890. Elle se plaignait de douleurs dans le bras gauche. En examinant son épaule, je découvris dans le creux sus-claviculaire, en dehors et en arrière des insertions claviculaires du sterno-mastoidien, une tumeur de la grosseur d'une noix, très appréciable à la vue, dure, peu mobile et paraissant enclavée dans les parties sous-jacentes, mais sans adhérence à la peau qui avait conservé sa coloration et sa souplesse. Elle était le siège d'une douleur presque continue, avec des irradiations très vives, qui se reproduisaient sous forme de crises. Elle présentait tous les caractères d'un ganglion cancéreux. Au dire de la malade, cette grosseur s'était montrée depuis deux mois. Depuis quelque temps déjà, Z... perdait ses forces et maigrissait. Elle avait un aspect cachectique très accusé, mais malgré l'exploration la plus minutieuse de tous les appareils, il fut impossible de localiser l'affection cancéreuse primitive. Il y avait de l'anorexie, mais aucun des troubles fonctionnels qui permettent d'affirmer le cancer de l'estomac; l'exploration de l'épigastre était un peu douloureuse. J'ajoute qu'il n'existait aucun signe de rétrécissement de l'œsophage.

La malade revint de temps en temps à la consultation; ce n'est que le 4 juillet qu'elle consentit à entrer à l'hôpital.

A cette date, la tumeur était restée stationnaire, et elle était toujours le siège de douleurs très vives. L'état général ne s'était pas sensiblement aggravé. L'exploration de tous les organes restait toujours négative.

Quoiqu'il fût très probable, pour ne pas dire certain, qu'il existait un cancer viscéral, je me demandais s'il n'était pas indiqué d'enlever ce ganglion sus-claviculaire, dans le seul but de soulager la malade, ces crises douloureuses étant en rapport avec l'irritation du plexus brachial par la tumeur ganglionnaire.

M. Polaillon, à qui je soumis le cas, fut d'avis d'intervenir. La malade fut opérée le 16 juillet. La tumeur fut enlevée en totalité; elle n'était pas adhérente à la peau, mais elle faisait corps avec

le muscle sterno-mastoïdien. La plaie se réunit par première intention et se cicatrise sans aucun accident.

L'ablation de cette tumeur amena un soulagement notable, mais les mouvements du bras restèrent gênés et douloureux. Il n'y eut, cela va sans dire, aucune amélioration dans l'état général.

La malade quitta l'hôpital. Je la revis de temps en temps, et je l'examinai pour la dernière fois le 20 juillet 1891. L'amaigrissement était extrême, et l'aspect cachectique très accusé, avec coloration jaune paille de la peau. Œdème des pieds. Anorexie complète. Vomissements glaireux et aqueux. Pas de tumeur appréciable à la palpation de l'abdomen. Pas de signes d'affection utérine ou rectale.

La région sus-claviculaire ne présente ni tumeur ni induration au niveau de la cicatrice. La peau a conservé sa souplesse et sa mobilité sur les parties sous-jacentes.

On ne trouve aucun ganglion ni dans les aisselles, ni dans les aines.

Cette malade mourut à son domicile, le 15 novembre 1891, c'est-à-dire seize mois après l'opération. Il m'a été impossible d'obtenir des renseignements sur les symptômes qu'elle avait présentés depuis qu'elle était confinée dans sa chambre.

Il s'agissait, très probablement, dans ce cas, d'un cancer de l'estomac.

L'examen histologique du ganglion démontra qu'il s'agissait d'un ganglion cancéreux (épithélioma à cellules cylindriques).

Troisier écrit à la suite de cette observation : « En présence de ce fait, je me demande si l'adénopathie sus-claviculaire contre-indique absolument toute intervention chirurgicale, comme je l'ai dit dans mon mémoire. Le plus souvent, elle est une preuve de généralisation du cancer; mais il ne faut pas oublier que parfois elle représente la seule adénopathie à distance, les ganglions du médiastin et même les ganglions en rapport avec l'organe primitivement atteint, restant indemnes. Il en était probablement ainsi dans le cas actuel, et c'est ce qui permet de comprendre la longue survie de la malade. »

Malheureusement ces doutes passèrent inaperçus et nulle part, dans la littérature médicale, on n'en trouve un écho; dans la suite, comme avant, on continua à dire : ganglion de Troisier = inopérabilité.

Nous reproduisons ici deux des autres observations auxquelles Troisier fait allusion plus haut, deux de celles où le ganglion

de Troisier représente la seule adénopathie à distance, par conséquent, où, logiquement, on a quelques droits de ne pas éliminer d'emblée l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION III

(Du mémoire de TROISIER)

Le nommé L..., âgé de 45 ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin, le 15 mars 1886. Il a fait depuis l'âge de 15 ans de nombreux excès alcooliques. Il est malade depuis 18 mois environ. Il a considérablement maigri, sa peau est décolorée, son facies est cachectique et fait immédiatement songer à une affection cancéreuse. Il avait une anorexie complète et un dégoût absolu pour la viande. Il vomissait fréquemment des mucosités glaireuses et des débris alimentaires et il éprouvait une douleur sourde dans l'hypocondre gauche; l'estomac était dilaté.

Le 1^{er} avril, on constate la présence d'un ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche. La région épigastrique est devenue douloureuse à la pression; elle est le siège d'un empâtement diffus derrière la paroi abdominale.

Peu de jours après, on sentit au creux épigastrique un petit noyau induré, douloureux à la pression. Cette tumeur s'accrut rapidement et s'étala. Les douleurs gastriques persistèrent, les vomissements devinrent très fréquents, la cachexie fit des progrès rapides et le malade mourut le 23 mai. Le ganglion du creux sus-claviculaire était devenu gros comme une noix.

A l'autopsie qui fut faite par le chef de service, M. Gombault, on trouva un cancer en nappe de l'estomac, occupant surtout le grand cul-de-sac et l'antrum du pylore. L'estomac est dilaté, ses parois sont épaisses, et il adhère à la paroi abdominale par sa face antérieure. Le cancer n'avait atteint ni le pylore, ni le cardia. L'œsophage, examiné dans toute son étendue, ne présentait aucune lésion.

On ne trouve de ganglion dégénéré ni au voisinage de l'estomac, ni dans le médiastin. Le ganglion sus-claviculaire était manifestement carcinomateux, blanchâtre à la coupe et infiltré d'un suc laiteux caractéristique.

OBSERVATION XXVI

(Du même mémoire).

Femme de 56 ans. Pas d'observation clinique.

Autopsie : Cancer de l'ovaire gauche qui était transformé en une masse ovoïde, à surface lisse, grosse comme une tête de fœtus à

terme; formée par un tissu blanc jaunâtre, mou, friable, avec des cavités remplies d'une bouillie grisâtre. L'ovaire droit et l'utérus étaient sains. Les ganglions du médiastin n'étaient pas altérés. A la partie interne du creux sus-claviculaire gauche, on trouva trois petits ganglions indurés du volume d'une noisette, formés d'un tissu blanc grisâtre, et dont le suc examiné au microscope, contenait des cellules épithéliales; ces ganglions, quoique non volumineux, étaient donc bien dégénérés. Les ganglions sus-claviculaires droits étaient sains; le cœur, les poumons, le foie et la rate ne présentaient pas d'altération appréciable. (Troisier et Menetrier.)

Il est à remarquer que les autopsies faites à la phase ultime de la maladie, ne nous renseignent pas sur le mode de début des lésions qui nous intéresse, surtout au point de vue opératoire. Pour cela, nous ne pouvons faire que des suppositions en nous basant sur l'évolution. Or que voyons-nous ? Le plus souvent l'adénopathie sus-claviculaire est un signe tardif qui apparaît une moyenne de trois mois avant la mort, à une période où, même sans ganglion de Troisier, on se refuserait à opérer le malade. Mais il est quelques cas où le ganglion de Troisier est un signe précoce, qui précède tous les autres symptômes, qui laisse encore à la maladie le temps d'une évolution normale complète. Dans une observation de Cornil, cancer du rein, le ganglion sus-claviculaire qui fut examiné histologiquement après l'autopsie, avait apparu 27 mois avant la mort.

Nous croyons que les simples hypothèses sur lesquelles repose la pathogénie du ganglion de Troisier, ne doivent pas suffire à empêcher une intervention chirurgicale.

L'observation du Professeur Chavannaz justifie mieux que toutes les autres, les réserves faites par Troisier lui-même sur la formule qu'il avait créée : ganglion de Troisier = inopérabilité.

Cette observation, que nous croyons unique dans la littérature médicale, mérite d'être analysée.

Elle présente une particularité : le ganglion de Troisier n'a été constaté et extirpé que 19 mois après la néphrectomie pour cancer du rein.

Il faut envisager deux hypothèses : Dans la première, il y a, quelque part, dans l'organisme, un foyer de récidence qui a

échappé et échappe encore à l'examen clinique et c'est ce foyer qui a engendré le ganglion de Troisier. S'il en était ainsi, la deuxième intervention, enlevant seulement le ganglion de Troisier, laissant en place le foyer générateur, serait une intervention vouée dans un délai plus ou moins lointain à un échec thérapeutique certain.

Dans la deuxième hypothèse, avant la néphrectomie, le germe cancéreux aurait déjà envahi le ganglion sus-claviculaire; en d'autres termes, le ganglion de Troisier aurait déjà existé depuis la première intervention, sinon cliniquement, du moins en puissance. Dans ce cas, il devient logique de l'extirper et de penser à la possibilité d'une guérison définitive.

Des deux, quelle est l'hypothèse bonne ? Pour l'instant, impossible de donner une réponse certaine; c'est la suite de l'histoire du malade en question qui nous fixera, si nous avons toujours la chance de pouvoir le suivre.

S'il reste guéri, et il l'est parfaitement depuis 13 mois, ce qui déjà est un résultat très appréciable, ce cas clinique démontrera d'une façon indiscutable :

1° Qu'il peut n'y avoir aucun germe néoplasique actif entre l'organe primitivement atteint et le ganglion sus-claviculaire.

2° Qu'il y a des cas, où, non seulement on peut, mais où il faut intervenir sur des cancers viscéraux compliqués d'un ganglion de Troisier.

Si au contraire, notre malade meurt d'une généralisation cancéreuse, nous ne pourrions pas avoir des conclusions aussi fermes. Cette généralisation sera-t-elle le fait d'un foyer ignoré, générateur du ganglion de Troisier; ou bien, ce ganglion de Troisier, envisagé comme cancer unique au moment de l'intervention, aura-t-il récidivé comme récidive un cancer primitif du sein ou de tout autre organe ? La topographie des premières récidives pourra peut-être orienter notre choix, mais ce ne sera pas une certitude.

Nous voyons que cette observations ne nous donnera une réponse ferme que si le malade reste définitivement guéri.

Pour terminer, nous citerons une observation tout à fait paral-

lèle à celle du Professeur Chavannaz, mais où le chirurgien suivit la règle classique : l'abstention. Par comparaison, cette observation fera encore mieux ressortir l'importance de celle qui fait le fond de notre thèse.

C. C..., 20 ans, entre à la clinique en novembre 1891, pour une tumeur du testicule gauche. On porte le diagnostic de néoplasme malin. Castration le 27 novembre.

Examen histologique : Sarcome globo-cellulaire.

Jusqu'en janvier 1893, C... s'est bien porté. A cette époque, apparition d'un ganglion sus-claviculaire gauche, indolent, mobile, du volume d'une noisette. Ce ganglion s'accroît progressivement, perd de sa mobilité et devient douloureux à la pression.

L'examen de la région sus-claviculaire ne laisse aucun doute sur la nature de ce gonflement : on peut affirmer une néoplasie maligne, d'autant plus intéressante à constater qu'un examen attentif ne révèle des ganglions dans aucune autre région.

Pas d'intervention. Mort de généralisation le 2 juillet 1893.

(PONCET, *Lyon Médical*, 1893.)



CONCLUSIONS

1° Dans le diagnostic d'un cancer abdominal, le ganglion de Troisier est un signe de probabilité, il n'est pas un signe de certitude.

2° Dans les cas douteux, si on veut retirer de l'existence d'un ganglion de Troisier toute sa signification clinique, il ne faut pas hésiter à faire une extirpation complète ou partielle de ce ganglion pour examen histologique.

3° Dans certains cas, les plus rares il est vrai, où on se trouvera en présence d'un ganglion de Troisier, soit qu'il ait apparu après une première intervention sur un cancer de l'abdomen, soit qu'il coexiste avec un cancer de l'abdomen non encore opéré, il ne faudra pas systématiquement rejeter une intervention chirurgicale. Même si ce ganglion de Troisier est vrai, c'est-à-dire néoplasique, nous ne pouvons pas affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, que nous ne donnerons pas à notre malade une chance de guérison provisoire ou définitive.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

D^r G. CHAVANNAZ.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

R. THAMIN.

